

СИНДРОМНО-ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД «ВОЛНОРЕЗ» ДОПОМАГАЄ ПРОТИДІЯТИ «ЦИТОКІНОВОМУ ШТОРМУ» ТА ЗМЕНШИТИ РИЗИКИ ФАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ



Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу TIVOPPEЛЬ® (TIVOPPEЛЬ)

Склад: 1 мл розчину містить 42 мг аргініну гідрохлориду та 20 мг левокарнітину; допоміжні речовини: колоїдна речовина; вода для ін'єкцій.
Лікарська форма: Розчин для інфузії. Фармакотерапевтична група: Відновлювальні засоби для внутрішньовенного введення. Амінокислоти. Код АТХ B05X B. Фармакологічні властивості. Фармакодинаміка. Творець містить амінокислоту левокарнітин та аргініну гідрохлорид. Аргінін належить до класу умовно незамінних амінокислот і є активним клітинним регулятором життєво важливих функцій організму. Аргінін чинить антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну, антирадикальну, дезінтоксикаційну дію, проявляє себе як активний регулятор процесів енергозабезпечення. Аргінін збільшує місткість у крові інсуліну, глюкози, соматотропічного гормону і пролактину, бере участь у синтезі проліну, поліаміну, аланіну, включений в процеси фібринолізу, сперматогенезу, чинить мембранопотенціалізуючу дію. Аргінін є одним з основних субстратів у циклі синтезу сечовини в печінці. Гіпооксигічний ефект реалізується шляхом активації перетворення азоту на сечовину. Чинить теплотерестерну дію завдяки антиоксидантній, антигіпоксичній і мембраностабілізуючій активності, позитивно впливає на процеси енергозабезпечення в гепатоцитах. Аргінін є субстратом для NO-синтази – ферменту, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах. Зменшує активацію й затримує лейкотенію і тромбоцитів до ендотелію судин, прискорює синтез протейнін азоту, запобігаючи таким чином утворенню і розвитку атеросклеротичних бляшок, прискорює синтез ендотеліну-1, який є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації й міграції гладеньких м'язів судинної стінки. Левокарнітин є природним речовиною, що бере участь у енергетичному метаболізмі, а також метаболізм кетонів та ті. Лише L-ізомер карнітину є біологічно активним. Левокарнітин відіграє важливу роль у серцевому метаболізмі, оскільки окислення жирних кислот залежить від його достатньої кількості. Таким чином, левокарнітин бере участь у більшості енергетичних процесів, його наявність обов'язкова для окислення жирних кислот, амінокислот, вуглеводів та кетонів ті. У людини фізіологічний потреба в карнітині повністю покривається за рахунок споживання продуктів харчування, що містять карнітин, та шляхом ендогенного синтезу у печінці й м'язах. Найвища концентрація левокарнітину визначається в м'язовій тканині, в м'язах та печінці. Фармакокінетика. При внутрішньовенній інфузії максимальна концентрація аргініну гідрохлориду в плазмі крові зберігається через 20–30 хв від початку введення. Аргінін проникає через плазменний бар'єр, фільтрується в нервових клубочках, однак практично повністю реабсорбується в нервових канальцях. Левокарнітин виділяється головним чином із сечею. Швидкість зменшення при пропорційній концентрації карнітину в крові. Левокарнітин практично не метаболізується в організмі. Показання. Ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда та стан після перенесення гострого інфаркту міокарда, стенокардія. Препаратом. Пацієнти чутливі до препарату. Токсичні порушення функцій нирок, гіперхолестеринемія, алергічні реакції в анамнезі; застосування калієвіберетичних діуретиків, а також спороношення. Взаємодія з іншими лікарськими засобами та їжею. При застосуванні препарату Творець необхідно врахувати, що препарат може спричинити виражену та стійку гіперкаліємію на тлі ниркової недостатності у хворих, які приймають або приймали спороношення. Застосування калієвіберетичних діуретиків може спричинити підвищення рівня концентрації калію в крові. Особливості застосування. У пацієнтів з нирковою недостатністю перед початком інфузії необхідно перевірити діурез та рівень калію в плазмі крові, оскільки препарат може спричинити розвиток гіперкаліємії. Препарат може стимулювати секрецію інсуліну і гормону росту. Левокарнітин покращує засвоєння глюкози, тому застосування Творець у пацієнтів із цукровою діабетом, які отримували лікування суфракційними препаратами, може призвести до гіпоглікемії. Застосування у період вагітності або годування грудьми. Дані щодо екскреції препарату у грудне молоко та його дії на підлітків. Тому у період вагітності або годування грудьми препарат призначають лише тоді, коли очікувана користь для жінки переважає потенційний ризик для плода. Спосіб застосування та дози. Препарат вводять внутрішньовенно крапельно зі швидкістю 10 крапель за хвилину протягом перших 10–15 хв, потім швидкість введення можна збільшити до 30 крапель за хвилину. Дозова доза препарату – 100 мл розчину. Передозування. Симптоми: ниркова недостатність, гіпогікемія, метаболічний ацидоз. Лікування. У разі передозування інфузію необхідно припинити. За необхідності вводити підтримувальні засоби і засоби для налагодження діурезу (салуретики, речовини електростатів (0,9 % розчин натрію хлориду, 5 % розчин глюкози), препараті септикостатики. Подібні реакції. Загальні реакції: гіпертермія, відсуття жагу, нудота та блювота, запор, біль у спині, біль у грудях, біль у животі, діарея, 3-боку травного тракту: суїцит у роті, нудота, блювотка, біль у животі, діарея, 3-боку шлунку та підшлункової залози: зміни в місці введення, виснаження гіпертермія, відсуття сечовину, біль у шлунку, 3-боку нервової системи: головний біль, запаморочення, відсуття сну, слабкість, судороги, тремор, частіше при перевищенні швидкості введення. Лабораторні показники: гіперкаліємія, уреація збільшення. Зберігати при температурі не вище 30 °C в оригінальній упаковці. Зберігати в недоступному для дітей місці. Неумислість. Препарат неумислість з тіопенталом, унікальною. По 100 мл у пляшці; по 1 пляшці в пацієнті. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник: ТОВ «Юрія-Фарм». Реєстраційне посвідчення МОЗ України №UA/15067/01/01 від 06.04.2021 р.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу КСABPОН

Склад: 1 мл розчину містить 1,5 мг едаравону.
Фармакологічні властивості. На гострий стадії ішемічного інфаркту мозку препарат демонструє заспокійливу дію, прискорюючи виникнення та розвиток ішемічного цереброваскулярного розладу, таких як набряк головного мозку, неврологічні симптоми, повільна загибель нейронів. **Препаратом.** Будь-яка форма ниркової недостатності. Печерність до складових препарату. **Спосіб застосування та дози.** Перед введенням вмісту ампули слід розчинити в 100 мл натрію хлориду 0,9 %. У пацієнтів з гострим ішемічним інфарктом мозку препарат вводять внутрішньовенно. **Умова зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °C в оригінальній упаковці. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Унікально.** По 20 мл в ампулах скляних; по 2 ампули у контурній картонній упаковці; по 1 картонній упаковці в пацієнті з картонної по 5 ампул у контурній картонній упаковці, по 1 картонній упаковці в пацієнті з картонної по 5 ампул у контурній картонній упаковці, по 2 картонній упаковці в пацієнті з картонної. Категорія відпуску. За рецептом. РТ МОЗ України: UA/16780/01/01 від 21.08.2023

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу РЕСОСОРЫЛАКТ®

Склад: дієтальне: 1 мл розчину містить сорбітолу 60,0 мг, натрію лактату 19,0 мг, натрію хлориду 0,3 мг, кальцію хлориду дигідрату 0,1 мг, калію хлориду 0,3 мг, магнію хлориду гексгидрату 0,2 мг. Основні фізико-хімічні властивості: теоретична осмолярність – 891 мОсмоль/л; рН 6,00–7,00; іонний склад: 1 л препарату містить Na – 272,20 ммоль, K – 4,02 ммоль, Ca – 0,90 ммоль, Mg – 2,10 ммоль, Cl – 112,69 ммоль, Lact – 169,55 ммоль. **Фармакотерапевтична група:** Розчин, який впливає на електролітний баланс. Електроліти у комбінації з іншими препаратами. Код АТХ B05B B08. **Фармакологічні властивості.** РЕСОСОРЫЛАКТ® має регулюючу, протизокову, дезінтоксикаційну і закривальну дію та стимулює перистальтику кишечника. Основними фармакологічними активними речовинами препарату є сорбітол і натрію лактат. Ізотонічний розчин сорбітолу має дезагрегантну дію, поліпшує мікроциркуляцію і перфузію тканин. На відміну від розчину бікарбонату, корекція метаболічного ацидозу за допомогою натрію лактату проходить повільніше, не викликає різких коливань рН. **Показання.** Профілактика та лікування травматичного, операційного, гемодіалітичного, токсичного, олігемічного шоку, при гострому крововтраті, отриманні кардіогенної інфекції, заворуваннях, при супроводженні хронічного гепатиту; спосіб: для перидіалітичного лікування та в гіперосмолярний період; з метою профілактики тромбозів, тромбофілії, ендотерії, хвороби Рейно. **Препаратом.** Нездатність підтримувати чутливість до компонентів препарату, аналіз, крововтрати у мозку, тромбофілії, серцево-судинна недостатність, вторинна гіпертензія ІІ ступеня, декомпенсована вада серця, первинна ниркова недостатність, зневодження, опіртост, Спосіб застосування та дози. При травматичному, опіковому, гіперосмолярному і гемодіалітичному шоку дорослим по 600–1000 мл (10–15 мл/кг) одноразово і повторно по 600–1000 мл (10–15 мл/кг). При хронічній гепатиті дорослим по 400 мл (6–7 мл/кг). При гострому крововтраті дорослим по 1500–1800 мл (до 25 мл/кг). У перидіалітичний період – до 400 мл (6–7 мл/кг) протягом 3–5 днів. При тромбофілії та заворуваннях кровоносних судин – із розрахунку 8–10 мл/кг. **Побічні реакції.** Анафілатичні реакції, ангіоневротичний набряк, гіпертермія, тахікардія, задишка, ахронічний тремор, головний біль, запаморочення, загальна слабкість.

Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. РТ МОЗ України UA/2399/01/01 №197 від 16.03.2016
Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з повною інструкцією з медичного застосування лікарського засобу РЕСОСОРЫЛАКТ®.



Л.В. Мороз, д.м.н., професор, завідувачка кафедри інфекційних хвороб з курсом епідеміології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Клінічні випадки ведення пацієнтів з COVID-19

Незважаючи на значну тривалість пандемії COVID-19, препаратів для етіотропного лікування цього захворювання й досі не створено. Втім, пацієнти з COVID-19 потребують ефективної профілактики й лікування супутніх патогенетичних процесів і синдромів, що обтяжують перебіг коронавірусної інфекції та становлять загрозу для життя. Зокрема, це вплив на цитокіновий шторм, дисфункцію ендотелію, гіперкоагуляцію та тромбоз, лікування бактеріальних ускладнень тощо. В наших лікарів уже давно існує потреба обміну досвідом у лікуванні пацієнтів з коронавірусною інфекцією. З огляду на це пропонуємо до уваги читачів реальні клінічні випадки лікування пацієнтів з COVID-19.



Л.В. Мороз

І.В. Кравчук, КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Новокаховської міської ради;
Л.В. Гончар-Януліс, КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради;
В.І. Гуріненко, КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3»;
Ю.М. Кашик, КНП «Покровська клінічна лікарня інтенсивного лікування» Покровської міської ради Донецької області;
Л.Ю. Немеш, КНП «Мукачівська центральна районна лікарня»;
І.О. Григор'єва, КНП «Лікарня інтенсивного лікування Боярської міської ради»

Щоб зрозуміти суть синдромно-патогенетичного підходу в лікуванні пацієнтів із COVID-19, слід детальніше зупинитися на клінічно значимих змінах, котрі виникають в організмі під впливом вірусу SARS-CoV-2. Синдром вивільнення цитокінів, або цитокіновий шторм, є проявом системної запальної відповіді, яка характеризується гіперпродукцією прозапальних цитокінів і хемокинів. Цитокіновий шторм супроводжується різким збільшенням активних форм кисню, що призводить до окислювального пошкодження ліпідів клітинних мембран, підвищення судинної проникності, розвитку набряку та гіпоксії з подальшим формуванням гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС). У таких випадках доцільно призначати засоби з антиоксидантними властивостями.

Як антиоксидант добре себе зарекомендував препарат Ксаврон (едаварон), здатний ефективно взаємодіяти з вільними радикалами. Завдяки своїм амфіфільним властивостям він активно поглинає як жирні-, так і водорозчинні пероксидні радикали, пригнічує окиснення ліпідів. Сьогодні едаварон включений у низку японських настанов і рекомендований у схемах терапії пацієнтів із ГРДС у відділеннях інтенсивної терапії.

Одним з ключових синдромів при COVID-19 є ендотеліт та ендотеліальна дисфункція, які супроводжуються активацією коагуляції і підвищенням ризику тромботичних ускладнень. До того ж значно знижується продукція оксиду азоту (NO) внаслідок його посиленого руйнування через дію вільних радикалів, зниження доступності попередника NO – L-аргініну, що спричиняє переважання дії вазоконстрикторів і посилення адгезії тромбоцитів. Тому екзогенне надходження L-аргініну як субстрату для синтезу NO вважається патогенетично обґрунтованим шляхом зменшення проявів ендотеліальної дисфункції. З цієї метою можна застосовувати Тіворель® (комбінація L-аргініну та L-карнітину).

Для боротьби з інтоксикаційним синдромом доцільно використовувати Реосорбілакт®. Цей унікальний гіперосмолярний кристалоїдний розчин не містить надлишку хлору, а отже, позбавлений основного недоліку подібних розчинів – зростання ризику розвитку гіперхлоремії. Важливою характеристикою препарату Реосорбілакт® є поєднання як гіперосмолярних властивостей, так і властивостей збалансованих кристалоїдів (набір необхідних іонів Ca^{2+} , K^+ , Na^+ , Mg^{2+} в ізоплазматичній концентрації). Завдяки гіперосмолярності Реосорбілакт® забезпечує перехід рідини з міжклітинного сектора в судинне русло, що покращує мікроциркуляцію і перфузію тканин.

Включення вищезазначених препаратів (Ксаврон, Тіворель® і Реосорбілакт®) до схеми лікування пацієнтів із спричиненими COVID-19 пневмоніями дає можливість покращити їхній стан і сприяє полегшенню перебігу захворювання. Наводимо клінічні приклади успішного лікування хворих на зумовлену COVID-19 пневмонію.

Клінічний випадок 1

Хвору М. (віком 79 років) госпіталізовано до інфекційного відділення багатопрофільного стаціонару КНП «ЦМЛ» (м. Буча) з попереднім діагнозом **двобічної пневмонії (COVID-19)**. Під час надходження пацієнтки її стан характеризувався як середньої тяжкості (жінка перебувала в свідомості, була адекватною, скаржилася на загальну слабкість, кашель, підвищення температури до $37,8^{\circ}C$, задишку при ходьбі, біль у грудній клітці, що посилюється при кашлі).

Аускультация: дихання жорстке. Хрипи: сухі (в нижніх відділах легень). Шум тертя плеври: відсутній.

Частота дихання: 20/хв. SpO_2 : 94%.

Тони серця: чисті, ритмічні.

Частота серцевих скорочень (ЧСС): 95/хв. **Артеріальний тиск (АТ):** 135/80 мм рт. ст.

Неврологічний статус: за шкалою Ренкіна – 2 бали.

Загальний аналіз крові: лейкоцити – $3,5 \times 10^9$ /л, еритроцити – $4,48 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 134 г/л, тромбоцити – 162×10^9 /л, гематокрит – 36%, ШОЕ – 27 мм/год.

Загальний аналіз сечі: мутна, питома вага – 1017 г/л, еритроцити – 0-1 у полі зору, лейкоцити – 0-1 у полі зору, бактерії +.

Коагулограма: фібриноген – 3 г/л, час рекальцифікації плазми крові (РКП) – 118 с, протромбіновий індекс – 75%, МНВ – 1,34, D-димер – 1,6 мкг/мл, С-реактивний білок (СРБ) – 54 мкг/л.

ПЛР-тест (назофарингеальний мазок) SARS-CoV-2 РНК вірусу – позитивний.

Комп'ютерна томографія органів грудної клітки (КТ ОГК) від 08.07.2021 р. Двобічна полісегментарна пневмонія. КТ-візуалізація може бути характерною для COVID-19 середньолеткого ступеня тяжкості (рис. 1а).

Діагноз: позагоспітальна двобічна пневмонія середнього ступеня тяжкості (COVID-19), дихальна недостатність (ДН) II ст.

Лікування: Реосорбілакт 200 мл внутрішньовенно (в/в) крапельно 1 р/добу, Ксаврон 20 мл + фізіологічний розчин 100 в/в крапельно 2 р/добу, Тіворель 100 мл в/в крапельно 1 р/добу, Но-шта 2 мл внутрішньом'язово (в/м) 2 р/добу, дексаметазон 4 мг в/м 2 р/добу, Фленокс 0,4 мл 2 р/добу, Омез 40 мг в/в 1 р/добу, Нейроцитин 100 мл в/в крапельно 1 р/добу; магnezія 5 мл + лізину есцинат 10 мл, розведені в 200 мл фізіологічного розчину, в/в крапельно 1 р/добу; Тулізид 1000 мг в/в 2 р/добу, Трипліксам 5/1,25/5 мг 1 р/добу.

На тлі проведеної терапії стан хворої покращився з позитивною динамікою.

Аускультация: дихання жорстке. Хрипи: відсутні. Шум тертя плеври: відсутній.

Частота дихання: 18/хв. SpO_2 : 98%.

Тони серця: чисті, ритмічні.

ЧСС: 69/хв. **АТ:** 125/80 мм рт. ст.

Неврологічний статус: за шкалою Ренкіна – 16.

Контрольна КТ ОГК від 22.07.2021 р. Порівняно з КТ ОГК від 08.07.2021 р. динаміка позитивна (за рахунок зменшення в об'ємі й інтенсивності вогнищ «матового скла» та консолидації). Двобічна полісегментарна пневмонія в стадії розсмоктування (рис. 1б).



Рис. 1а



Рис. 1б

Пацієнтка була виписана з відділення в задовільному стані для подальшого лікування під наглядом сімейного лікаря, невролога.

Клінічний випадок 2

Хвору К. (віком 57 років) госпіталізовано до інфекційного відділення багатопрофільного стаціонару КНП «ЦМЛ» (м. Буча) з попереднім діагнозом **двобічної полісегментарної пневмонії (COVID-19)**. Під час надходження пацієнтки її стан характеризувався як середньої тяжкості (жінка знаходилася в свідомості, була адекватною, скаржилася на загальну слабкість, запаморочення, кашель, підвищення температури до $38,4^{\circ}C$, задишку при ходьбі).

Аускультация: дихання жорстке. Хрипи: сухі (в нижніх відділах). Шум тертя плеври: відсутній. Частота дихання: 20/хв. SpO_2 : 91%.

Тони серця: чисті, ритмічні.

ЧСС: 103/хв. **АТ:** 155/80 мм рт. ст.

Неврологічний статус: за шкалою Ренкіна – 2 бали.

Загальний аналіз крові: лейкоцити – $3,9 \times 10^9$ /л, еритроцити – $5,52 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 130 г/л, тромбоцити – 158×10^9 /л, гематокрит – 36,4 г/л, ШОЕ – 31 мм/год.

Загальний аналіз сечі: глюкозу не виявлено, еритроцити – 0-1, лейкоцити – 0-1, бактерії +.

Коагулограма: фібриноген – 3,9 г/л, час РКП – 118 с, протромбіновий індекс – 98%, D-димер – 1,9 мкг/л, СРБ – 53,4 мкг/л.

ПЛР (назофарингеальний мазок) SARS-CoV-2 РНК вірусу – позитивний.

КТ ОГК від 12.07.2021 р. Двобічна полісегментарна пневмонія вірусного характеру. КТ-візуалізація може бути характерною для COVID-19 середньолеткого ступеня тяжкості. Аортосклероз (рис. 2а).

Діагноз: позагоспітальна двобічна пневмонія середнього ступеня тяжкості (COVID-19), ДН II ст., ЛН II ст.

Лікування: оксигенотерапія, Лефлорин 750 мг 1 р/добу в/в крапельно, Ротацеф 1000 мг 2 р/добу в/м, Ентерожерміна форте 1 флакон 2 р/добу, Реосорбілакт 200 мл в/в крапельно 1 р/добу, Ксаврон 20 мл + фізіологічний розчин 100 в/в крапельно 2 р/добу, Тіворель 100 мл в/в крапельно 1 р/добу, Но-шта 2 мл в/м 2 р/добу, дексаметазон 4 мг в/м 2 р/добу, Фленокс 0,4 мл 2 р/добу, Омез 40 мг в/в, магnezія 5 мл + лізину есцинат 10 мл + фізіологічний розчин 200 в/в крапельно 1 р/добу, Тулізид 1000 мг в/в 2 р/добу, Тіара Тріо 5/1,25/160 мг 1 р/добу.

На тлі проведеної терапії стан хворої покращився з позитивною динамікою.

Аускультация: в легенях дихання жорстке. Хрипи: відсутні. Шум тертя плеври: відсутній. Частота дихання: 18/хв. SpO_2 : 97%.

Неврологічний статус: за шкалою Ренкіна – 0 балів.

Контрольна КТ ОГК від 26.07.2021 р. Порівняно з КТ ОГК від 12.07.2021 р. динаміка позитивна (за рахунок зменшення в об'ємі й інтенсивності вогнищ «матового скла» та консолидації). Двобічна полісегментарна пневмонія в стадії розсмоктування (рис. 2б).



Рис. 2а



Рис. 2б

Пацієнтка була виписана з відділення в задовільному стані для подальшого лікування під наглядом сімейного лікаря, кардіолога.

Продовження на стор. 26.



Л.В. Мороз, д.м.н., професор, завідувачка кафедри інфекційних хвороб з курсом епідеміології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Клінічні випадки ведення пацієнтів з COVID-19

Продовження. Початок на стор. 25.

Клінічний випадок 3

Чоловік С. (віком 54 роки) госпіталізований з попереднім діагнозом **двобічної пневмонії (COVID-19)**. Хворіє 7 днів, лікувався амбулаторно, отримувач азитроміцин і цефтріаксон; після нападі задихи був госпіталізований. Під час надходження пацієнта його стан характеризувався як середньої тяжкості (чоловік скаржився на загальну слабкість, кашель, задиху при помірному навантаженні, підвищення температури до 38,5 °С, біль у грудній клітці).

Аускультация: дихання жорстке, наявна крепітація над середніми відділами обох легень. Сухі хрипи в нижніх відділах легень.

Частота дихання: 20/хв. SpO_2 : 80%.

ЧСС: 95/хв. АТ: 90/60 мм рт. ст.

Загальний аналіз крові: лейкоцити – $4,9 \times 10^9$ /л, еритроцити – $4,39 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 135 г/л, тромбоцити – 192×10^9 /л, гематокрит – 34,3 г/л, ШОЕ – 27 мм/год.

Загальний аналіз сечі: мутна, питома вага – 1015 г/л, глюкозу не виявлено, еритроцити – не виявлено, лейкоцити – 6-10 у полі зору, бактерії +.

Коагулограма: фібриноген – 6 г/л, час РКП – 118 с, протромбіновий індекс – 98%, МНВ – 1,48, D-димер – 2,2 мг/л, СРБ – 35,4 мг/л.

ПЛР-тест SARS-CoV-2 РНК вірусу – позитивний.

КТ ОГК. Двобічна полісегментарна пневмонія вірусного характеру. КТ-візуалізація може бути характерною для COVID-19 середнього ступеня тяжкості (рис. 3а).

Діагноз: позагоспітальна двобічна вірусно-бактеріальна пневмонія середнього ступеня тяжкості (COVID-19), ДН ІІ.

Лікування: оксигенотерапія, Солу-Медрол 125 мг в/в крапельно 1 р/добу, Фленокс 0,4 мл 2 р/добу, Омез 40 мг в/в 1 р/добу, Реосорбілакт 200 в/в крапельно 1 р/добу, Ксаврон 20 мл + фізіологічний розчин 200 в/в крапельно 2 р/добу, Тіворель 100 мл в/в крапельно 1 р/добу, Ротацеф 1 г 2 р/добу в/м, Лефлацин 500 мг 2 р/добу в/в крапельно, Лактовіт форте 1 капсула 2 р/добу.

На тлі проведеної терапії стан хворого покращився з позитивною динамікою.

Аускультация: в легенях дихання жорстке. Хрипи: відсутні. Шум тертя плеври: відсутній.

Частота дихання: 18/хв. SpO_2 : 97%.

Контрольна КТ ОГК. Динаміка позитивна (за рахунок зменшення в об'ємі й інтенсивності вогнищ «матового скла»). Двобічна полісегментарна пневмонія в стадії розсмоктування (рис. 3б).

Пацієнт був виписаний з відділення в задовільному стані для подальшого лікування під наглядом сімейного лікаря.



Рис. 3а



Рис. 3б

Клінічний випадок 4

Хвору В. (віком 67 років) було госпіталізовано з попереднім діагнозом **коронавірусної хвороби (COVID-19) тяжкого перебігу, негоспітальної двобічної полісегментарної пневмонії ІІІ клінічної групи середньотяжкого перебігу, ДН І ст.**

Анамнез: хворіє 8 днів, лікувалася амбулаторно (азитроміцин, цефтріаксон, дексаметазон), після нападі задихи та підвищення температури тіла до 39 °С була госпіталізована. Під час надходження пацієнтки її стан характеризувався як середньої тяжкості (жінка перебувала в ясній свідомості, скаржилася на загальну слабкість, кашель, задиху при навантаженні, помірний біль у грудній клітці, підвищення температури до 38,5-39 °С).

Аускультация: дихання жорстке, наявна крепітація над середніми відділами обох легень. Хрипи: сухі (в нижніх відділах).

Частота дихання: 20/хв. SpO_2 : 87%.

ЧСС: 95/хв. АТ: 100/70 мм рт. ст.

Загальний аналіз крові: лейкоцити – $6,4 \times 10^9$ /л, еритроцити – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 138 г/л, тромбоцити – 171×10^9 /л, гематокрит – 35,8 г/л, ШОЕ – 40 мм/год.

Загальний аналіз сечі: середньомутна, питома вага – 1015 г/л, глюкоза – 2,0 ммоль/л, еритроцити – не виявлено, лейкоцити – 6-10 у полі зору, бактерії +.

Коагулограма: фібриноген – 4 г/л, час РКП – 118 с, протромбіновий індекс – 88%, МНВ – 1,4, D-димер – 870 нг/л, СРБ – 45,4 мг/л.

ПЛР-тест SARS-CoV-2 РНК вірусу – позитивний.

КТ ОГК. Двобічна полісегментарна пневмонія вірусного характеру. КТ-візуалізація може бути характерною для COVID-19 середнього ступеня тяжкості (рис. 4а).

Діагноз: коронавірусна хвороба (COVID-19) тяжкого перебігу, негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія ІІІ клінічної групи середньотяжкого перебігу, ДН І ст.

Лікування: оксигенотерапія, Солу-Медрол 125 мг в/в крапельно 1 р/добу, Фленокс 0,4 мл 2 р/добу, Омез 40 мг в/в 1 р/добу, Ксаврон 20 мл + фізіологічний розчин 100 мл в/в крапельно 2 р/добу, Реосорбілакт 200 в/в крапельно 1 р/добу, Тіворель 100 в/в крапельно 1 р/добу.

На тлі проведеної терапії стан хворої покращився з позитивною динамікою.

Аускультация: дихання жорстке. Хрипи: відсутні. Шум тертя плеври: відсутній.

Частота дихання: 18/хв. SpO_2 : 96-98%.

ЧСС: 75/хв. АТ: 120/70 мм рт. ст.

Контрольна КТ ОГК. Динаміка позитивна (за рахунок зменшення в об'ємі й інтенсивності вогнищ «матового скла»). Двобічна полісегментарна пневмонія в стадії розсмоктування (рис. 4б).

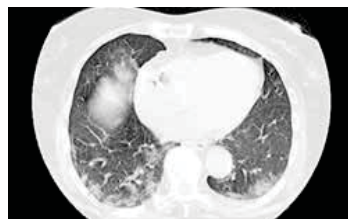


Рис. 4а



Рис. 4б

Клінічний випадок 5

Хворий К. (віком 62 роки) надійшов для стаціонарного лікування з діагнозом **COVID-19, двобічної негоспітальної полісегментарної пневмонії середньотяжкого ступеня, ДН ІІ ст.** Під час надходження пацієнта його загальний стан характеризувався як тяжкий стабільний (температура тіла – 39,0 °С, SpO_2 – 89%).

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,59 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 135 г/л; лейкоцити – $7,5 \times 10^9$ /л; глюкоза – 4,0 ммоль/л, ШОЕ – 34 мм/год.

ЕКТ: ритм синусовий, регулярний.

ЧСС: 73/хв. Помірні дифузні зміни в міокарді.

КТ ОГК від 07.07.2021 р. Двобічна полісегментарна пневмонія середнього ступеня тяжкості (рис. 5а).

Лікування: оксигенотерапія, Ксаврон 20 мл на 100 мл фізіологічного розчину 2 р/добу, Тіворель 100 мл 1 р/добу, Реосорбілакт 200 мл 1 р/добу, Інфулган 100 мл 3 р/добу, Інгаміст 1 ампула в/в 1 р/добу, Фленокс 0,4 мл 2 р/добу, Омез 40 мг в/в, Но-шпа 2 мл в/м 2 р/добу, дексаметазон 4 мг в/м 2 р/добу, Анальгін 2 мл 1 р/добу, Ксарелто 2,5 мг 2 р/добу.

На тлі проведеної терапії загальний стан хворого суттєво покращився. Спостерігалось зниження інтоксикаційного та гіпертермічного синдромів, зниження проявів ДН і позитивна динаміка КТ ОГК.

Контрольна КТ ОГК від 22.07.2021 р. Динаміка помірно позитивна. Двобічна полісегментарна пневмонія в стадії початкового розсмоктування (рис. 5б).

Пацієнт був виписаний 23.07.2021 р. у відносно задовільному стані.



Рис. 5а



Рис. 5б

Клінічний випадок 6

Хворий М. (віком 72 роки) надійшов для стаціонарного лікування 02.07.2021 р. з діагнозом **COVID-19, двобічної негоспітальної полісегментарної пневмонії середньотяжкого ступеня, ДН ІІ ст.** Під час надходження пацієнта його загальний стан характеризувався як тяжкий стабільний (температура тіла – 38,9 °С, SpO_2 – 90%).

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,62 \times 10^{12}$ /л; гемоглобін – 130 г/л; лейкоцити – $7,3 \times 10^9$ /л; глюкоза – 3,6 ммоль/л, ШОЕ – 33 мм/год.

Коагулограма: протромбіновий індекс – 94%, МНВ – 2.

ЕКТ: ритм синусовий, регулярний.

ЧСС: 67/хв. Дифузні зміни в міокарді

КТ ОГК: двобічна полісегментарна пневмонія середнього ступеня тяжкості. Медіастинальна лімфоаденопатія реактивного характеру (рис. 6а).

Лікування: оксигенотерапія, Фленокс, Омез, Но-шпа, дексаметазон, анальгін димедрол, Інфулган, Реосорбілакт, Ксаврон, Тіворель, Небілет, Інгаміст, Ксарелто в стандартних дозуваннях для дорослих осіб.

На тлі проведеної терапії загальний стан хворого суттєво покращився. Спостерігалось зниження інтоксикаційного та гіпертермічного синдромів, зниження проявів ДН і позитивна динаміка КТ ОГК.

Контрольна КТ ОГК від 13.07.2021 р. Динаміка помірно позитивна. Двобічна полісегментарна пневмонія на стадії початкового розсмоктування (рис. 6б).

УЗД легень від 15.07.2021 р. Структурних змін не виявлено.

Пацієнт був виписаний 16.07.2021 р. у відносно задовільному стані.

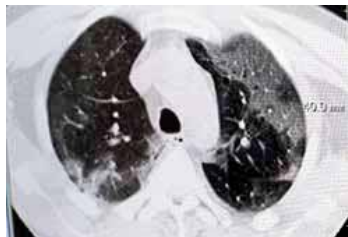


Рис. 6а



Рис. 6б